

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 103

DE LA TORSION
DE
L'HYDATIDE PÉDICULÉE DE MORGAGNI
CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Janvier 1932

PAR

Jean-François-Herman MANCIOT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à TOULON (Var), le 13 avril 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges....
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 103

DE LA TORSION
DE
L'HYDATIDE PÉDICULÉE DE MORGAGNI
CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Janvier 1932

PAR

Jean-François-Herman MANCIOT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à TOULON (Var), le 13 avril 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale..... MAURIAC.
id..... CASSAET.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.
id..... BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.
Anatomie..... VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.
Physiologie..... PACHON
Hygiène..... LEURET.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.
Chimie..... CHELLE.
Botanique et matière médicale..... BELLE.
Pharmacie..... DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique..... SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie..... DUBECO.
id..... DUFOUR.
Physiologie..... FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.
Médecine générale..... CREYX.
id..... AUBERTIN.
id..... DAMADE.
id..... PIÉCHAUD.
id..... DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales..... PERRENS.

MM.

Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... JEANNENEY.
id..... CHARRIER.
id..... LOUBAT.
Obstétrique..... PERY.
id..... RIVIÈRE.
Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Clinique dentaire..... CAVALIÉ.
Médecine opératoire..... PAPIN.
Accouchements..... RIVIÈRE.
Ophtalmologie..... CABANNES.

MM.

Puériculture..... FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Sa vie, toute de devoir et d'abnégation, me servira toujours d'exemple; qu'elle trouve ici l'expression de mon infinie reconnaissance pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MA FEMME

En témoignage de ma profonde affection.

A MA GRAND'MERE — A MON GRAND-PERE

Faible témoignage de mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE
DE TOULON

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUDIL

Chef de Clinique infantile.

Auprès de qui nous avons toujours
trouvé l'accueil le plus affable, dont
l'aide et les conseils ne nous ont jamais
fait défaut. Nous tenons à l'assurer ici
de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont l'enseignement à l'Hôpital Sainte-
Anne nous fut d'un grand profit au début
de nos études médicales.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Membre des Sociétés internationales de chirurgie et d'orthopédie,
Membre de la Société nationale de Chirurgie,
Membre des Sociétés italienne et belge d'orthopédie,
Membre des Sociétés de pédiatrie de Paris et de Madrid,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

DE LA TORSION

DE

L'HYDATIDE PÉDICULÉE DE MORGAGNI CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

L'hydatide pédiculée de Morgagni, resté embryonnaire du canal de Wolff, est un organe dont les livres d'anatomie font à peine mention.

Dans les traités modernes de chirurgie, on trouve décrites les affections pathologiques de cet organe (syndrome de fausse orchite, torsion de l'hydatide) rencontrées chez les garçons. Ce sont là des faits maintenant bien connus, surtout depuis les travaux d'Albert Mouchet.

Pour ce qui intéresse le *sexe féminin* on ne trouve rien. La pathologie de ce reliquat embryonnaire est passée sous silence; et, cependant, il peut présenter lui aussi, tout comme chez le garçon, des phénomènes de torsion, à la suite desquels se développe un syndrome douloureux abdominal, nécessitant, par ses caractères morbides, une intervention chirurgicale.

C'est sur ces phénomènes pathologiques que nous voulons

attirer l'attention, à l'occasion d'une observation de torsion de l'hydatide pédiculée chez la fille.

Nous nous proposons dans ce travail, en nous basant sur notre observation et sur les quatre que nous avons recueillies, dans la littérature, d'étudier *l'embryologie, l'anatomie et la pathologie de ce reliquat embryonnaire* en nous attachant particulièrement aux erreurs de diagnostic qu'entraînent ces phénomènes de torsion, et en émettant à ce sujet quelques idées sur les syndromes douloureux abdominaux chez la fille.

EMBRYOLOGIE

Le développement de la glande urinaire et de l'appareil génital doivent être étudiés ensemble, tant ils sont intimement unis.

Le système uro-génital dérive du mésoderme.

L'organe rénal le plus primitif est le *cœlome*.

Chaque cellule épithéliale de ce dernier fonctionne comme une cellule rénale; la paroi cœlomique, constituée par l'ensemble de ces cellules, forme une membrane filtrante pour le liquide contenu dans les vaisseaux sous-jacents. Le cœlome s'ouvre à l'extérieur en différents points.

De ces ouvertures, qui servent à l'évacuation du produit sécrété, se développent des *canalicules rénaux*, qui se chargent plus spécialement de l'excrétion.

Cette disposition anatomique se retrouve encore chez certains animaux inférieurs (Dipneustes et Amphibiens).

Les canalicules rénaux forment une simple extraflexion de la paroi cœlomique; plus tard, ces canalicules s'emparent aussi de la fonction de filtration.

Chez les vertébrés, les tubes rénaux sont des canalicules transverses, métamériques, primitivement implantés sur un canal excréteur commun longitudinal, qui emporte au dehors les produits de la sécrétion.

Ces canalicules peuvent former, au cours de la vie animale, trois organes rénaux différents :

1° *Le pronéphros*, placé très cranialement, immédiatement derrière la région branchiale.

2° *Le mésonéphros*, ou rein primordial (*corps de Wolff*), qui suit le pronéphros.

3° *Le métanéphros*, le plus caudal de ces trois appareils, et qui ne se rencontre que chez les Amniotes.

Le canal commun qui reçoit les canalicules rénaux (ou *canal de Wolff*) naît également du mésoderme.

Le corps de Wolff est formé par une série de tubes flexueux, munis d'un glomérule, et qui rappellent les tubes contournés du rein.

Il constitue un organe allongé, qui occupe toute la longueur de la cavité abdominale.

*
*
*

Le développement de la glande génitale s'effectue de la manière suivante : à un moment donné, chez tous les vertébrés on distingue un épaissement, une éminence de l'épithélium coelomique.

L'éminence génitale est d'abord formée de deux parties : l'épithélium germinatif et un axe mésenchymateux; bientôt elle se complique davantage et comprend : 1° des cordons corticaux; 2° des cordons médullaires; 3° un réseau de canalicules Wolffiens.

Lorsque le sexe doit devenir femelle et, par ce fait, la glande génitale devenir ovaire, les cordons médullaires s'atrophient et ne subsistent plus qu'à l'état de traces dans le stroma ovarien. Les canalicules Wolffiens disparaissent aussi le plus souvent, dans la partie intra-ovarienne, tandis qu'ils persistent en dehors de l'ovaire dans le corps de *Rosenmüller*.

Canaux excréteurs. — Dès les premiers temps de l'existence du corps de Wolff, un canal spécial, le *canal de Müller*, se développe en connexion étroite avec lui. Le canal de Müller, quand il est complètement constitué, part de l'extrémité cranale du corps de Wolff, sur le bord interne de ce dernier, où il s'ouvre dans le péritoine par un orifice infundibuliforme. Il se place ensuite sur le bord externe du corps de Wolff, en dehors du canal de ce nom, et parcourt toute

la longueur du rein primitif. Arrivé à la partie inférieure de ce dernier, il repasse en dedans du canal de Wolff et s'accôle à son congénère du côté opposé. Le canal de Muller peut être considéré théoriquement comme un produit de dédoublement du canal de Wolff et, en réalité, c'est bien ainsi qu'il se forme chez les vertébrés inférieurs; mais, chez les mammifères, son mode de développement est assez peu connu.

Quoi qu'il en soit, avec le canal de Muller, la constitution des canaux sexuels est achevée; en effet, le canal de Wolff, cessant de servir à l'évacuation des produits sécrétés, au fur et à mesure que le rein primitif s'atrophie, devient un conduit exclusivement génital et se partage, avec le canal de Muller, la fonction d'évacuer au dehors les produits sexuels. Les conduits de Wolff, d'un côté, et de Muller, de l'autre, arrivés à la partie caudale du corps de Wolff, se dirigent en dedans et viennent se joindre à ceux du côté opposé, en formant un cordon épais, unique, médian, le *cordon génital*.

Ce cordon comprend à son centre les tubes épithéliaux répondant aux deux canaux de Muller, et sur les côtés de ceux-ci les tubes épithéliaux des canaux de Wolff; ces quatre tubes sont réunis entre eux dans une gaine commune de mésenchyme.

Etudions maintenant les formations des conduits sexuels chez la femelle, les seuls qui nous intéressent dans ce travail. Chez la femelle, le canal de Wolff s'atrophie dans sa majeure partie, tandis que le canal de Muller persiste. Les deux canaux droit et gauche s'accolent l'un à l'autre dans la longueur du cordon génital.

L'ouverture péritonéale de chacun d'eux forme le pavillon de la trompe; la partie moyenne, la trompe; la partie inférieure, l'utérus et le vagin.

Au voisinage de l'utérus et de ses annexes se voient, comme chez l'homme, autour du testicule, un certain nombre d'organes rudimentaires, longtemps énigmatiques, considérés aujourd'hui, avec raison, comme des formations embryonnaires qui ne se sont pas développées : le corps de Rosen-

muller, le parovarium, le canal de Gartner, l'hydatide pédiculée de Morgagni.

Nous nous occuperons seulement de l'hydatide pédiculée de Morgagni.

Hydatide pédiculée de Morgagni.

Par ce terme on désigne exclusivement des vésicules suspendues à l'une des franges du pavillon : ce sont les *kystes frangés*. On n'observe généralement qu'une vésicule, d'où le nom d'hydatide terminale.

Au point de vue de sa fréquence, l'hydatide de Morgagni se rencontre une fois sur cinq d'après Luschka; plus souvent chez le fœtus (20 p. 100) que chez l'adulte (8 p. 100), disent Ballantyne et Williams, Cruveilhier, Sappey, Houle, Waldeyer, Hunning, admettent aussi son existence et décrivent son insertion, soit sur une frange tubo-ovarienne, soit sur une frange quelconque du pavillon.

Pour Roth et Rossman, elle serait excessivement rare; Rossa prétend même qu'elle n'existe pas et que l'on est induit en erreur par un examen superficiel. D'après lui, ce que l'on décrit sous le nom d'hydatide terminale ne serait qu'une frange un peu longue et déformée ou un appendice dont le pédicule, tout en cheminant au contact immédiat du pavillon, s'insère, en réalité, sur le ligament large.

Poirier lui-même se rend à cette dernière opinion.

Ceci est en contradiction avec la pièce que nous avons examinée, et qui fut prélevée par M. le Docteur Roudil, au cours d'une intervention pratiquée pour appendicite. (Voir figure).

Nous avons constaté que l'hydatide était rattachée par un pédicule, non au ligament large, mais au pavillon de la trompe, sur la frange tubo-ovarienne.

L'hydatide pédiculée est une vésicule arrondie ou piri-forme, qu'une partie plus ou moins rétrécie, ou formant pédicule, rattache au pavillon de la trompe. Son diamètre

est ordinairement de 1 mm. 5 à 3 mm. Quant au pédicule il a des dimensions fort variables : sur certains sujets, il mesure de 2 à 4 mm. de longueur, tandis qu'il peut atteindre chez d'autres de 8 à 12 mm.

Dans certains cas, le pédicule fait défaut et l'hydatide se traduit sous forme d'une simple saillie, à surface arrondie et lisse.

L'hydatide pédiculée de Morgani est parfois multiple : on peut en rencontrer 2, 3 ou même 4; par contre, elle peut dans certains cas faire défaut.

HISTOLOGIE.

L'hydatide pédiculée se compose d'une enveloppe conjonctive, tapissée intérieurement d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Au centre se trouve une quantité plus ou moins grande de liquide transparent.

EMBRYOLOGIE.

Sa signification est encore un peu obscure; les auteurs s'accordent cependant, d'une manière générale, à la considérer comme *le reliquat du segment supérieur du canal de Wolff*, ou encore, et surtout dans les cas d'hydatides multiples, à des vestiges du pronéphros (Tourneur).

Le schéma ci-après nous montre bien sa formation. Nous voyons, en effet, que le canal de Wolff, le corps de Wolff, le canal de Muller et ses dérivés, primitivement verticaux, ont, après l'évolution de l'embryon asexué en fœtus femelle, changé de direction et sont, tout au moins dans leur partie supérieure et médiane : horizontaux.

En résumé :

Le *corps de Wolff* donne, dans le sexe féminin :

Avec sa portion supérieure : canaux perpendiculaires de l'organe de Rosenmuller; cordons médullaires.

Avec sa portion inférieure : paroophore.

Le canal de Wolff donne :

Avec sa portion supérieure : le canal horizontal de Rosenmuller; l'hydatide pédiculée de Morgagni.

Avec sa portion inférieure : le canal de Gartner.

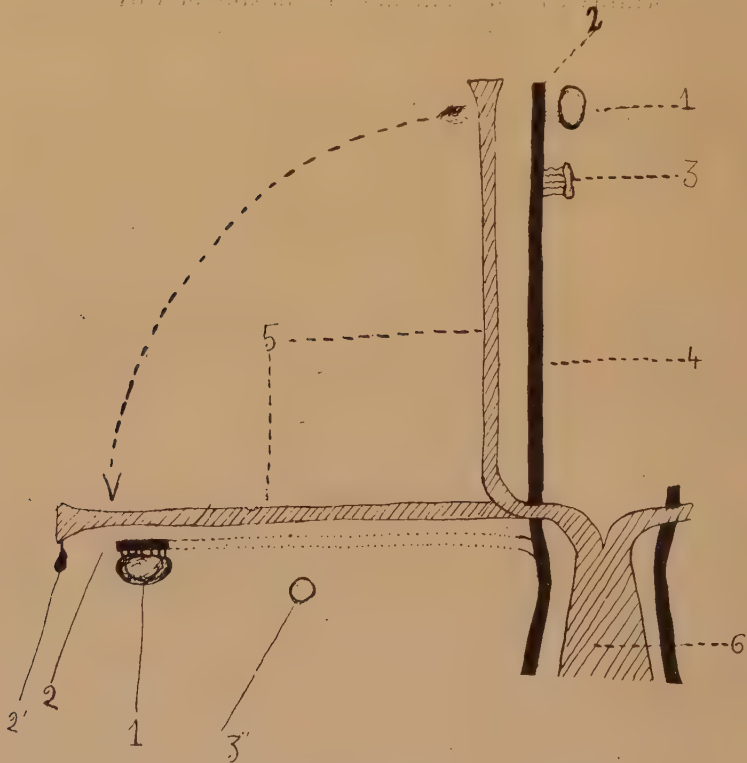


FIG. 1. — Figure schématique montrant à la fois la situation et l'origine des débris embryonnaires qui sont annexés à l'appareil sexuel de la femme.

1. Glande génitale; ovaire. — 2. Corps de Wolff (partie supérieure), organe de Rosenmuller (partie inférieure). — 2. Hydatide pédiculée de Morgagni. — 3. — Corps de Wolff (partie supérieure). — 3''. — Corps de Wolff (partie inférieure). — 4. Canal de Wolff. — 5. Canal de Muller donnant en 6 l'utérus et le vagin.

Le canal de Muller donne, dans le sexe féminin :

Avec sa portion supérieure : le pavillon de la trompe;

Avec sa portion moyenne : la trompe;

Avec sa portion inférieure : l'utérus et le vagin.

*
**

L'hydatide de Morgagni, reste embryologique du canal de Wolff, peut être atteinte d'affections pathologiques, qui, vu leur rareté, ne sont jamais diagnostiquées à l'avance avec certitude. C'est à la salle d'opération que le diagnostic est fait par la découverte d'une lésion ou d'une malformation de l'hydatide.

C'est le plus souvent avec le diagnostic de crise appendiculaire que l'on intervient, et que l'on s'aperçoit du rôle pathologique joué par ce reliquat embryologique; car les symptômes donnés par les lésions de l'hydatide de Morgagni simulent le parfait tableau clinique d'une crise aiguë d'appendicite.

Dans la littérature chirurgicale, gynécologique et obstétricale, nous n'avons relevé, après de soigneuses recherches, que quatre cas relatant des crises douloureuses, ayant pour point de départ la torsion accompagnée d'hémorragie de l'hydatide pédiculée de Morgagni.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(A. HEINRICH, *Am. Jour. Obst. and Gyn.*, t. 21, p. 120-122,
janv. 1931.)

(Publiée par A. HEINRICH.)

S... (M.), jeune fille de 15 ans bien développée, donnant une histoire menstruelle irrégulière. Ses règles, commençant à 14 ans avec une durée de huit jours, apparaissent, pour les quatre premières fois, toutes les deux semaines; ensuite, elles viennent toutes les six semaines, chaque période étant accompagnée de douleurs abdominales; la dernière période menstruelle remonte à deux mois avant la présente maladie et avec un retard de trois jours.

Le jour avant son admission à l'hôpital, la malade se plaignait d'une douleur analogue à une crampe, dans le milieu du bas-ventre. La douleur devint de plus en plus intense, et, le soir du dernier jour, elle vomit de nombreuses fois. Aucune constipation. L'examen physique révélait une douleur définie au point de Mac-Burney. 92 pulsations à la minute; 26 mouvements respiratoires; la température était de 100°8 F. au rectum. Le toucher rectal révélait une douleur au côté droit du Douglas. Sa numération globulaire était de 9.200 globules blancs, dont 80 p. 100 de poly. Son urine n'indiquait rien de positif.

Une laparotomie est pratiquée le soir même. A travers une incision à la Mac-Burney, on découvre un appendice de grosseur normale et un corps présentant la forme d'une haltère appendu au pavillon de la trompe droite. Chaque moitié de cette masse avait une base d'un centimètre de diamètre, était haute d'un centimètre

egalement. Les deux pieds de ce corps étaient réunis par un cordon étroit, tordu une fois sur lui-même. Les deux ovaires étaient kystiques, les trompes normales.

La masse fut ligaturée à ses deux attaches au pavillon et enlevée; l'abdomen fut refermé sans drainage. La malade entra dès le lendemain en convalescence.

L'examen anatomo-pathologique donna comme résultat : 1° Appendice normal; 2° la vésicule était tapissée par une simple couche de cellules, petites et cuboïdes, soutenues pauvrement par une couche mince de muscles lisses. De nombreux vaisseaux nécrosés. Des amas de poly. On trouvait des preuves évidentes d'hémorragie dans la tunique externe. Le contenu de la vésicule était composé de globules rouges, en même temps que des *éosinophiles*, entourant une masse gélatineuse et amorphe.

Les règles réapparurent dix-huit jours après l'opération, accompagnées de douleurs abdominales, surtout le premier jour.

La période menstruelle suivante vint deux mois plus tard et ne fut plus accompagnée de douleurs. Les deux fois elle perdit modérément.

OBSERVATION II.

(ANDREWS, *Journ. Obst. and Gynec. of the British Empire*, sept. 1912, vol. XXII).

Femme de 36 ans, enceinte de six mois, racontant une histoire de douleurs dans le côté droit, douleurs aggravées par les mouvements du fœtus. Pas de vomissements.

Elle était bien portante, à part cette douleur siégeant au-dessus et à l'intérieur de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. A mesure qu'elle grossissait, la douleur devenait de plus en plus intense. L'intervention fut alors décidée, et l'on trouva un petit corps rouge de la taille d'un gros raisin (4 cm. × 1 cm. 5) comprimé dans sa portion moyenne, appendu au pavillon de la trompe droite. Les deux ovaires étaient normaux, ainsi que l'appendice.

L'examen anatomo-pathologique donna comme résultat : Lymphe à la surface d'une vésicule à minces parois, remplie par un caillot de sang.

OBSERVATION III.

(WATERS, *Amer. Journ. Obst. and Gynecol.*, t. 21, p. 120-122, janv. 1931.)

Jeune fille de 18 ans se plaignant de douleurs dans l'hypocondre gauche. Vomissements importants. Température de 101 degrés Fahrenheit, 130 pulsations à la minute. Numération globulaire : 16.800 leucocytes, dont 86 p. 100 de poly.

Le cycle menstruel était du type : trois semaines, accompagné de dysménorrhée.

Ses antécédents personnels révélaient une série de crises douloureuses similaires dans les neuf mois précédents.

Après une période d'observations de cinq jours, l'intervention chirurgicale est décidée : Un liquide séreux, sanguinolent, est trouvé dans la cavité abdominale. On trouve appendu à la trompe gauche par un pédicule de 2 cm. 5 de longueur, tordu une fois sur lui-même, une hydatide de Morgagni de la taille d'une olive (2 cm. 5 × 2). Les deux ovaires sont normaux, ainsi que l'appendice.

Guérison.

OBSERVATION IV.

(ABERNETHY, *Amer. Journ. Obst. and Gynec.*, t. 21, p. 120-122, janv. 1931.)

Il s'agit d'une femme mariée, âgée de 33 ans, racontant une histoire de fausse couche suivie d'une période de deux mois d'aménorrhée.

Elle présentait dans son hypocondre droit une douleur vive accompagnée de vomissements importants.

Mise en observation pendant trois jours, sa température reste à 99°4 F.; 80 pulsations à la minute. On décide de lui faire « une dilatation, avec curettage », mais on lui fait une laparotomie exploratrice, qui donne les résultats suivants :

- 1° Un produit de conception;
- 2° Une appendicite chronique;

3° Une hydatide de Morgagni mesurant $2 \times 7 \times 7$, pendue à la trompe droite, réniforme, présentant une double torsion sur elle-même. La tunique séreuse était épaissie et enflammée. Une vésicule se trouvait, mais plus petite, au côté droit. De chaque côté, un ovaire kystique.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Prof. ROCHER et le Dr G. ROUDIL.)

B... (L.), 14 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale infantile, le 24 juin 1931, pour des douleurs abdominales. Père, mère et sœur de 17 ans bien portants. Cette enfant, nourrie au sein, a eu une entérite et une coqueluche dans le bas âge. Depuis, elle a toujours été en bonne santé. *Pas encore réglée.*

Histoire de la maladie. — Depuis quelques jours, cette enfant présentait de petits phénomènes douloureux abdominaux localisés à la fosse iliaque droite, sans vomissements, lorsque, le 23 juin au soir, elle est prise d'une douleur plus violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements assez abondants. La température n'est pas prise; pas de constipation. La nuit est assez mauvaise, et, le lendemain matin, son état ne s'étant pas amélioré, elle est amenée à l'hôpital.

Lorsque nous l'examinons, nous trouvons une défense musculaire assez marquée du côté droit de l'abdomen avec douleur exquise au point de Mac-Burney. Le toucher rectal réveille une douleur dans le côté droit du cul-de-sac de Douglas, où nous sentons une petite masse allongée. Facies bon; pouls, 80; température rectale, 37°8. Nous portons le diagnostic « d'appendicite subaiguë » et nous opérons, le 24 juin, à 16 heures.

Opération (Dr Roudil, chef de clinique). — Sous anesthésie générale (chloroforme-éther), incision de Jalaguier. A l'ouverture du péritoine, pas de liquide, nous sentons avec le doigt l'appendice en position rétro-cæcale. Appendicectomie, enfouissement. L'appendice, très long, paraît sain.

La section faite en fin d'opération ne montre pas d'altérations de la muqueuse.

Suivant l'habitude du service, la malade est mise en position de Trendelenburg pour l'examen des organes génitaux. Nous découvrons ainsi au niveau de la trompe droite, dans la région du pavillon et appendue à lui, une petite masse rougeâtre, avec, par endroit, des zones nécrotiques, et présentant un pédicule de 1 cm. 5 tordu une fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre.

Nous reconnaissons là l'hydatide de Morgagni. Elle est sectionnée après ligature à sa base. Fermeture en trois plans; crins cutanés.

Suites opératoires. — Sans incidents. Les crins sont définitivement enlevés dix jours après l'opération. Cicatrisation parfaite.

Exéat douze jours après l'opération. Guérison complète.

Revue le 15 novembre, cette enfant est en excellent état. Les règles n'ont pas encore apparu et elle n'a jamais plus eu de douleurs (V. pièce d'après nature).

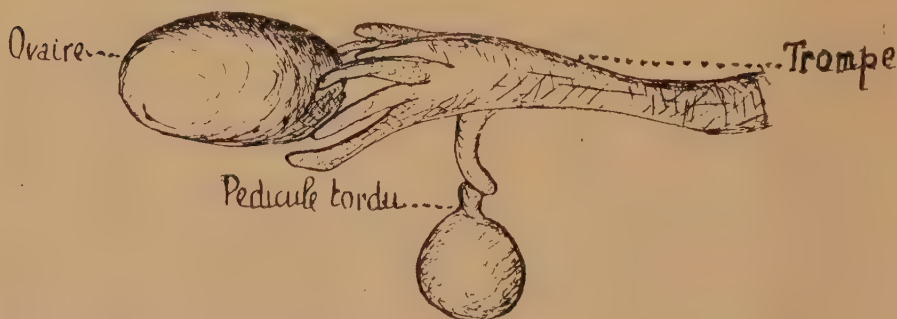


FIG. 2. — Pièce anatomique du cas n° 5 opéré par M. le Docteur Roudil, dans le service de M. le Professeur Rocher (Hôpital des Enfants, Bordeaux). Dessin d'après nature. Grandeur réelle.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. le Dr Bonnard). — La coupe se présente avec la silhouette d'un battant de cloche : une partie largement étalée, correspondant au point d'implantation; une extrémité libre, renflée, kystique, régulièrement arrondie; une partie rétrécie joignant ces deux extrémités.

Le kyste est formé d'une paroi myo-collagène, mince, lisse, exceptionnellement hérissée de promontoires intracavitaires. Elle est tapissée de cellules cylindro-cubiques régulièrement palissadées, exemptes de cils vibratiles et sécrétant une substance séro-albumineuse qui se collecte dans la cavité. La partie intermédiaire, rétré-

cie, est formée d'un tronc collagène et péné-collagène, pinceauté de nombreuses fibres musculaires lisses; elle est abondamment irriguée par des vaisseaux ectasiés, béants, gorgés de sang, sectionnés perpendiculairement à leur direction, ce qui correspond à la torsion du pédicule observée *in vivo*.

La surface d'implation est également richement vascularisée, sa charpente musculaire est légère. Ce complexe histologique est dissocié par un liquide d'œdème abondant.

L'examen histologique ne donne pas des précisions suffisantes pour attribuer à cette formation une origine wolffienne certaine, mais, joignant aux constatations microscopiques les données cliniques et macroscopiques, on peut conclure à une *hydatide de Morgagni*.

No DE L'OBSERVATION	AGE	PASSÉ GYNÉCOLOGIQUE	DOULEURS	VOISSEMENTS	T. et P.	NUM. GB.	APPENDICE	OVAIRES	TROMPES
I.....	15	Règles irrégulières.	existent	existent	108°F 92	9.200 GB. 80 % poly.	normal	kystiques	normales
II.....	36	Mariée, enceinte.	existent	existent	non indiqués	non indiquée	normal	normaux	normales
III...	18	Règles régulières, douloureuses.	existent	existent	non indiqués	16.800 GB. 86 % poly.	normal	kystiques	normales
IV....	33	Mariée, règles irrégulières.	existent	existent	99°F, 4 80	non indiquée	appendicite chronique	kystiques	normales
V....	14	Jeune fille, non encore réglée.	existent	exi-tent	37,5 80	non indiquée	long, mais aucune lésion	normaux	normales

SIGNES ET DIAGNOSTIC

La torsion de l'hydatide pédiculée de Morgagni est une affection rare, comme le montrent nos recherches bibliographiques, puisque quatre observations seulement ont été publiées antérieurement à celle que nous apportons dans ce travail.

La rareté de ces lésions tient à ce que l'hydatide n'est pas constante et souvent aussi à ce que le diagnostic n'est pas fait, parce que l'attention n'est pas attirée sur cet organe.

Du fait qu'il s'agit là d'un reliquat embryonnaire parfois inconstant, les livres d'anatomie n'y consacrent que quelques lignes, qui sont vite oubliées, d'autant plus que les livres de pathologie et les traités de chirurgie n'aident pas à se remémorer la présence de cet organe. En effet, ils n'en font pas mention; ils sont muets quant à la pathologie de l'hydatide de Morgagni, *du moins chez la fille*.

Chez le garçon, en effet, la pathologie de l'hydatide de Morgagni est maintenant connue, depuis que, en 1923, A. Mouchet a montré pour la première fois que le syndrome connu sous le nom, d'ailleurs impropre au point de vue étiologique, « d'orchite aiguë primitive de l'enfance », pouvait être réalisé en dehors de « l'orchite des masturbateurs » et de « la torsion testiculaire » signalés respectivement en 1913 par Gosselin et Ombrédanne, par une troisième affection due à la torsion de l'hydatide sessile de Morgagni.

Depuis ces communications, les chirurgiens qui ont opéré de bonne heure ces prétendues orchites aiguës des enfants ont vérifié entièrement les données de A. Mouchet.

Actuellement donc, quand il s'agit d'un garçon présen-

tant des phénomènes douloureux, au niveau des bourses, on songe, ou l'on doit le faire, à la torsion de l'hydatide de Morgagni. Mais chez la fille, on n'y songe pas, parce qu'on ne nous a pas appris à y songer. C'est pourquoi, ayant eu la bonne fortune de pouvoir rapporter un de ces cas rares, nous avons pensé à en faire l'objet de notre thèse, et attirer l'attention sur ces phénomènes de torsion.

Le tableau clinique de la torsion de l'hydatide pédiculée de Morgagni, chez la fille, rappelle exactement celui de la crise appendiculaire.

Nous retrouvons, dans les cinq observations ci-dessus, la crise douloureuse aiguë, précédée ou non de phénomènes prémonitoires subaigus, localisée à la fosse iliaque droite (dans un seul cas, celui de Waters, obs. III, la douleur siégeait à gauche, car il y avait torsion de l'hydatide gauche).

L'élévation de température est également notée, ainsi que l'accélération du pouls et les vomissements.

Dans deux cas même (obs. I et III) il y avait leucocytose avec polynucléose :

obs. I, 9.200 globules blancs; 80 p. 100 de polynucléaires.

obs. III, 16.800 globules blancs; 86 p. 100 de polynucléaires.

Enfin, lorsque le toucher rectal fut pratiqué, il réveillait la sensibilité du cul-de-sac de Douglas.

Ce sont bien là *les trois signes classiques de la crise appendiculaire*; et, à ce sujet, les observations I et III sont très instructives, puisqu'il y avait aussi *leucocytose avec polynucléose*, signes dont on a voulu faire un critérium de la crise appendiculaire.

Nous avons dit plus haut que les lésions de l'hydatide de Morgagni étaient rares, parce que l'attention n'était pas attirée sur elle. Nous nous expliquons. Nous voyons, en effet, assez souvent des fillettes, des jeunes filles, réglées ou non, se plaindre de l'abdomen, de façon plus ou moins continue, avec des périodes douloureuses plus ou moins aiguës.

La fillette n'est elle pas encore réglée, les phénomènes sont

mis sur le compte de la *puberté*. Nous n'ignorons pas, en effet, que ces modifications physiologiques, chez la fillette, s'accompagnent souvent de phénomènes douloureux, mais ils n'ont pas cependant l'acuité de ceux que nous avons été à même de constater.

Si l'enfant est réglée, on incrimine alors *l'appendice*. Si les crises sont peu nettes, peu intenses, peu douloureuses, on prononce le mot *d'appendicite chronique*.

Souvent, les phénomènes se reproduisant à plus ou moins brève échéance, et suivant un rythme plus ou moins accéléré, on fait opérer la malade.

L'intervention ayant lieu « à froid », on trouve le plus souvent un appendice macroscopiquement sain que l'on enlève. Si, généralement, on débarrasse la malade des phénomènes morbides qu'elle présentait, il arrive cependant quelquefois que ceux-ci réapparaissent. Et alors le diagnostic était-il bien exact ?

Nous sommes en droit de nous poser cette question. Depuis que M. le Docteur Roudil a eu l'heureuse occasion d'opérer la malade de l'observation V, notre attention a été attirée sur la torsion de l'hydatide et les phénomènes pathologiques que peut présenter cet organe, et nous nous demandons si, dans ces cas d'appendicite chronique à appendice macroscopiquement sain, *il ne s'agit pas, plus souvent qu'on ne le croit, de phénomènes congestifs au niveau de l'hydatide, phénomènes congestifs s'accompagnant d'une ébauche de torsion, ou même d'une torsion complète.*

De ces réflexions, de cette hypothèse, il nous apparaît logique de conclure au fait suivant : c'est que, lorsqu'on intervient pour une appendicite chronique ou pour une crise appendiculaire subaiguë, et si l'aspect de l'appendice ne concorde pas avec les phénomènes pathologiques constatés avant l'intervention, *il faut absolument examiner les organes génitaux*. Nous pensons donc qu'en s'astreignant régulièrement à cet examen complémentaire, au cours d'une appendicéctomie, le chirurgien pourra peut-être trouver la vérité.

ble cause des phénomènes pathologiques pour lesquels il est intervenu en découvrant la présence d'une hydatide, soit tordue, soit saine, car si la malade est opérée à distance de sa crise douloureuse, la détorsion aura pu se produire. D'ailleurs, cet examen des organes génitaux pourra permettre également de découvrir d'autres lésions comme, par exemple, les *kystes du parovaire*, les *kystes du ligament large*, qui peuvent, eux aussi, dans certains cas, simuler une crise appendiculaire.

PRONOSTIC

Malgré la rareté des cas de torsion de l'hydatide de Morgagni, nous pouvons conclure qu'au point de vue pronostic, *cette affection ne présente pas de gravité* et qu'elle ne met pas en jeu la vie de la malade.

D'autre part, cette affection *traitée chirurgicalement guérit parfaitement*, comme le montrent les résultats des cinq observations relatées dans la littérature médicale.

TRAITEMENT

Le diagnostic de torsion de l'hydatide de Morgagni n'est jamais posé; nous nous trouvons alors en présence d'un syndrome abdominal douloureux avec des vomissements et de la température.

Que faut-il faire? Deux alternatives se posent : *ne pas intervenir ou opérer.*

Mettons-nous à la place du chirurgien; il ne pense pas qu'il peut s'agir d'une torsion de l'hydatide de Morgagni; mais il pensera avec plus de raison à une *crise appendiculaire* aiguë ou subaiguë; et pour ne pas laisser évoluer une crise appendiculaire avec tous ses aléas, il interviendra et il aura raison, car :

1° S'il se trouve en présence d'une véritable crise appendiculaire, il n'aura qu'à se louer d'avoir opéré aussitôt et débarrassé la malade de son appendice.

2° S'il trouve un appendice sain, il aura la faculté, *ce qu'il ne faut pas omettre, d'examiner les organes génitaux* au niveau desquels il trouvera ou pourra trouver la lésion, et s'il rencontre une torsion de l'hydatide de Morgagni, ou même s'il aperçoit une hydatide non tordue, *il faudra l'enlever*, pour prévenir la torsion, ou pour débarrasser la malade d'une hydatide qui, du fait de la torsion de son pédicule, va dégénérer, et l'on ne peut savoir quelles seraient les suites de cette nécrose.

Donc, pour nous résumer, nous conseillons, au cours des explorations abdominales, de faire l'examen systématique des organes génitaux lorsqu'on n'aura pas trouvé ailleurs une lésion suffisamment nette pour expliquer les symptômes observés.

Cette exploration permettra de découvrir peut-être quelquefois des torsions de l'hydatide, lesquelles doivent être enlevées, car leur exérèse guérit les malades des troubles qu'elles présentaient, comme le montrent les résultats obtenus dans les observations que nous relatons.

CONCLUSIONS

1° L'hydatide pédiculée de Morgagni est un reliquat embryonnaire de la portion supérieure du canal de Wolff.

2° La torsion de l'hydatide pédiculée de Morgagni chez la femme simule la crise appendiculaire.

3° Le diagnostic différentiel entre ces deux affections est cliniquement impossible, la torsion de l'hydatide étant une rareté.

4° L'erreur de diagnostic n'est d'aucune importance au point de vue pratique, puisque l'intervention s'impose aussi bien pour l'appendicite que pour la torsion de l'hydatide.

5° L'exploration des organes génitaux doit être systématique dans toute intervention abdominale qui ne permet pas de découvrir la cause des phénomènes pathologiques observés.

6° Après ablation de l'hydatide, la guérison est la règle.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

H.-L. ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 janvier 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

TESTUT. — Anatomie. Embryologie.

POZZI. — Traité de gynécologie.

DUBREUIL. — Leçons d'embryologie humaine. Vigot, Paris, 1929.

RUSSEL-ANDREWS (Henry). — Torsion d'une hydatide de Morgagni, pendant la grossesse; sans torsion de la trompe ou de l'ovaire ayant nécessité l'intervention d'urgence. *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, sept. 1912, vol. XXII.

HEINRICH (A.). — Hemorrhage into Hydatid of Morgagni simulating acute appendicitis. *Amer. Jour. obst. and gyn.*, 21, 120-122, janv. 1931.

